

200 18 26 IV
SCP/ABE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. März 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 23. November 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2016 erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, wobei sie auf eine Rheumamerkrankung und Blutdruckschwankungen hinwies (Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB holte die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 5) sowie Berichte behandelnder Ärzte ein (AB 22 ff.), tätigte erwerbliche Abklärungen (AB 12) und ordnete auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 27/6) eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung beim C._____ (MEDAS) in ... an (AB 29). Gestützt auf die entsprechende Expertise vom 22. Juni 2017 (AB 54.1) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 21. Juli 2017 (AB 60) die Abweisung des Leistungsge-suchs in Aussicht, da keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits-fähigkeit vorlägen. Nachdem die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, dagegen Einwand erheben und weitere Arztberichte einrei-chen lassen hatte (AB 65, 69), legte die IVB jene dem RAD zur Stellung-nahme vor (AB 70 f.). Alsdann verfügte sie am 23. November 2017 (AB 72) wie angekündigt.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 9. Januar 2018 Beschwerde und beantragt unter kosten-fälliger Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Zusprechung einer Invalidenrente. Eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach zusätzlichen Abklärungen neu über den Leistungsanspruch verfüge. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, auf das Administrativgutachten vom 22. Juni 2017 könne nicht abgestellt werden; massgebend seien vielmehr die Einschätzungen der behandelnden Ärzte.

Am 1. Februar 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht ein (Beschwerdebeilage [BB] 12).

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Februar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 22. Februar 2018 liess die Beschwerdeführerin eine „freiwillige Replik“ einreichen.

Eine weitere Eingabe der Beschwerdeführerin ging schliesslich am 6. März 2018 ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. November 2017 (AB 72). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1

S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C_130/2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 7; BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGer 8C_130/2017, E. 7.2).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals D. _____ vom 30. März 2015 (AB 25/5) wurde als Hauptproblem insbesondere ein Verdacht auf eine seronegative Polyarthritits genannt. Klinisch resp. anamnestisch beständen in den Hand-, Finger- und Zehengelenken Morgensteifigkeit und diffuse Schwellungen. Röntgenologisch läge aber ein Normalbefund vor und der Rheumafaktor sei negativ.

3.1.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Rheumatologie, erwähnte im Bericht vom 20. September 2016 (AB 51/6) als Diagnosen insbesondere Polyarthralgien und eine Tendinitis calcarea der rechten Schulter. Die Patientin berichte über generalisierte Schmerzen in den Gelenken ohne Schwellungen. Die Symptomatik sei identisch mit der in den letzten sieben Jahren beschriebenen Problematik. Die Analgesie nehme sie gelegentlich ein. In der Wohnung könne sie mehrheitlich nur liegen und nur wenig arbeiten. Die Laboruntersuchungen hätten weiterhin keine Entzündung gezeigt; ausserdem seien sowohl die Leber- und Nierenparameter als auch die Hämatologie normal. Nachdem die Patientin auch auf die medikamentöse antientzündliche Therapie erneut nicht angesprochen habe, sei nicht von einer entzündlichen Erkrankung auszugehen.

3.1.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 28. Februar 2017 (AB 37/2) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Die Patientin habe schwerwiegende körperliche Probleme; seit einer gewissen Zeit habe sie nun psychische Probleme. Sie habe Angstzustände und Panikattacken. Sie klage über Schmerzen und zeige neurovegetative Störungen wie Herzrasen, Schwitzen und Kopfschmerzen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100%.

3.1.4 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 15. März 2017 (AB 44/1) wurde ein Fibromyalgiesyndrom erwähnt. Im beigelegten Bericht vom 19. Mai 2015 (AB 44/5), worauf verwiesen wurde, wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin werde seit Juni 2014 wegen diffuser Gelenkbeschwerden (einhergehend mit schmerzhafter Schwellung und Bewegungseinschränkungen) in der rheumatologischen Sprechstunde betreut. In Zusammen-

schau aller bisher erfolgten Untersuchungen und angesichts des klinischen Verlaufs müsse eine entzündliche Genese der Beschwerden „nahezu ausgeschlossen“ werden. Am ehesten sei von einem Fibromyalgiesyndrom auszugehen. Empfehlenswert sei u.a. Physiotherapie mit Gruppen- und Wassergymnastik zur Kräftigung und Stabilisierung der Muskulatur sowie der Gelenke.

3.1.5 Im MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 (AB 54.1/2) wurde aus interdisziplinärer, d.h. rheumatologisch-psychiatrischer Sicht Folgendes festgehalten (S. 13 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Keine

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.0)
- Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates unklarer Spezifität (ICD-10 R52.9)
 - DD: Fibromyalgie-Syndrom / anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - Anamnestisch Beschwerden an Händen und Füssen von partiell entzündlichem Charakter, klinisch und paraklinisch keine Hinweise für eine definierte entzündlich-rheumatologische Erkrankung

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung seien die verschiedenen geklagten Beschwerden am Bewegungsapparat evaluiert worden. Entgegen den subjektiven Beschwerden hätten sich – in Übereinstimmung mit den rheumatologischen Voruntersuchungen – kaum objektivierbare Befunde darstellen lassen. Einschränkend seien die subjektive Symptomatik und die Dekonditionierung. Dementsprechend seien körperlich schwere Tätigkeiten ungeeignet und anhaltend mindestens mittelschwere Tätigkeiten eher nicht zu empfehlen. Für körperlich leichte bis mindestens intermittierend mittelschwere Tätigkeiten liege aus rheumatologischer Sicht jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde bei ursächlich vorliegender psychosozialer Belastungssituation formal einer Schmerzverarbeitungsstörung zuzuordnen. Eine Komorbidität liege nicht vor. Aus der Schmerzverarbeitungsstörung könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden.

Aus interdisziplinärer Sicht resultiere, dass bei der Explorandin weder aktuell noch in der Vergangenheit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten – so auch nicht für die bisherige Tätigkeit als ... – bestehe bzw. bestanden habe. Die Explorandin sollte rekonditionierende Übungen durchführen und eine Steigerung der körperlichen Fitness anstreben. Weitere Massnahmen seien nicht vorzuschlagen. Berufliche Massnahmen seien nicht notwendig und angesichts der subjektiven Limitierung wahrscheinlich auch nicht sinnvoll.

3.1.6 Im Befundbericht des Zentrums G. _____ vom 20. September 2017 (AB 69/3) wurde die gleichentags angefertigte Magnetresonanztomographie der Hand (inkl. Handgelenk und Finger) rechts wie folgt beurteilt: Es bestehe eine leichte Synovialitis im PIP-II-Gelenk sowie radiokarpal, midkarpal radiopalmar und ulnokarpal. Ansonsten sei der Befund regelrecht. Insbesondere liege weder eine ossäre Destruktion noch eine Tendinitis oder Tendovaginitis vor. Die Artikulationen seien unauffällig ohne Hinweis auf eine Arthrose. Auch die Streck- und Beugesehnen seien regelkonform; Ganglien lägen nicht vor. Die Muskulatur und die miterfassten Nerven seien unauffällig. Sodann seien die Sehnenscheiden nicht flüssigkeitsgefüllt.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2017 (AB 72) massgeblich auf die rheumatologisch-psychiatrische Expertise der MEDAS vom 22. Juni 2017 (AB 54.1/2) abgestellt. Diese ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen und eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Expertise ist in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet (vgl. auch AB 64, 70/3, 71/5); sie erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an Gutachten und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die beschwerdeweise geäusserte Kritik am Gutachten verfängt nicht (vgl. sogleich).

3.3.1 Soweit mit Verweis auf die Stellungnahme von Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, vom 28. August 2017 (AB 65/4) unspezifisch geltend gemacht wird, das MEDAS-Gutachten weise „diverse Mängel“ (Beschwerde, S. 4 f.) auf, genügt dies der Begründungs- und Rügepflicht nicht. Jedenfalls kann entgegen der Auffassung des Prof. Dr. med. H._____ nicht davon gesprochen werden, die Ausführungen des Gutachters seien „tendenziös“ (AB 65/5). Wenn der begutachtende Psychiater schildert, die Beschwerdeführerin habe eine Träne verdrückt, als der frühe Tod ihrer Eltern zur Sprache gekommen sei, und sie habe auf dieses Thema nicht weiter eingehen wol-

len (AB 54.1/7), lässt sich dies nicht beanstanden. Inwiefern diese Beschreibung „abwertend“ (AB 65/5) sein soll, geht weder aus der Stellungnahme des behandelnden Arztes noch aus der Beschwerde hervor. Die erwähnten Ausführungen zeugen vielmehr von einer sorgfältigen Erhebung und Wiedergabe der gutachterlichen Befunde und Feststellungen (vgl. AB 71/4; vgl. auch E. 3.4.1 hiernach).

3.3.2 Auch der Umstand, dass die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht deckungsgleich sind mit Beurteilungen des Gesundheitszustands und namentlich mit Arbeitsfähigkeitseinschätzungen anderer Ärzte, vermag die Beweiskraft der Expertise nicht zu entkräften. Abgesehen davon, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353), ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten Experten andererseits hinzuweisen. Diese lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da Letztere hier keine wichtigen Aspekte benannt haben (dazu vgl. E. 3.4.2 hiernach), die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, führt die Divergenz in den Beurteilungen nicht zur Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.4 Materiell ergibt sich im Einzelnen was folgt:

3.4.1 Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, hat gestützt auf das MEDAS-Gutachten als erstellt zu gelten, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer affektiven Störung leidet; eine diesbezügliche Diagnose ist nicht zu stellen (AB 54.1/7). Im psychiatrischen Teilgutachten wird aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen psychopathologischen Befunde denn auch nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass weder eine gedrückte Stimmungslage, noch Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsdefizite vorhanden waren (AB 54.1/7).

Die vom behandelnden Psychiater abweichend vom Gutachter gestellten Diagnosen (AB 37/2, 65/23) erscheinen demgegenüber nicht nachvollziehbar: Das wesentliche Symptom einer generalisierten Angststörung ist eine Angst, die nicht auf bestimmte Situationen beschränkt oder darin besonders betont ist. Die Angst muss vielmehr „frei flottierend“ sein (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 198). Dr. med. F. _____ beschrieb indessen einen bestimmten Belastungsfaktor, nämlich die Schmerzsymptomatik (AB 54.1/5). Dafür, dass die Angst „frei flottierend“ wäre, sind weder den Ausführungen des behandelnden Psychiaters noch den übrigen Akten Anhaltspunkte zu entnehmen. Vielmehr hat die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Anästhesiologie, nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Aktivitäten der Beschwerdeführerin (... , Interesse an ... und ..., ..., ..., ...) gegen eine schwer ausgeprägte psychiatrische Diagnose, insbesondere gegen eine ängstliche Symptomatik spreche. Dass die Beschwerdeführerin über den Tod ihrer Eltern immer noch traurig reagiere (vgl. auch E. 3.3.1 hiervor), sei die einzige Auffälligkeit im Psychostatus; dies sei aber weder diagnosebe gründend noch leistungseinschränkend (AB 71/4). Dr. med. F. _____ nennt keine Befunde, die eine 80-100%-ige Arbeitsunfähigkeit resp. die von ihm gestellten Diagnosen begründen würden (vgl. auch AB 71/5). Ebenso wenig kann seinen Berichten entnommen werden, inwiefern sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin im Verlauf der letzten Monate verschlechtert haben soll, was in der Beschwerde (S. 5) geltend gemacht wird. Insbesondere lassen sich dem Bericht des Dr. med. F. _____ vom 7. August 2017 (AB 65/23) im Vergleich zu dessen Bericht vom 28. Februar 2017 (AB 37/2) keine anderen Diagnosen, Befunde oder Symptome entnehmen. Gegen seine Diagnosen sprechen sodann die niedrige Behandlungsfrequenz (Gesprächstermine alle 4-6 Wochen [AB 54.1/5]) und die Nichterforderlichkeit von Psychopharmaka (vgl. AB 54.1/7, 54.1/9). Der behandelnde Psychiater setzte sich denn auch nicht mit der psychiatrischen Expertise auseinander; seine Einschätzung ist nach dem Gesagten nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken oder die MEDAS-Einschätzung zu entkräften (vgl. auch AB 71).

3.4.2 In somatischer Hinsicht ist festzustellen, dass das rheumatologische Teilgutachten der MEDAS in Übereinstimmung steht mit den medizinischen Vorakten, die ihrerseits auf einer Unzahl von entsprechenden labormässigen und klinischen Abklärungen beruhen, welche die geklagten Schmerzen aus somatischer Sicht nicht zu erklären vermochten (vgl. etwa AB 22/4, 25, 44, 54.1/7, 54.1/14). Überzeugend ist insbesondere, dass auch der rheumatologische Gutachter in Bezug auf die diffusen Gelenkschmerzen nicht von einem entzündlichen Geschehen ausging (AB 54.1/13). Dies deckt sich mit den Einschätzungen diverser behandelnder Ärzte, die jeweils die Diagnose einer seronegativen Polyarthritits in Betracht zogen resp. einen negativen Rheumafaktor feststellten (vgl. etwa AB 22/2, 25/5, 51/6). Nicht nachvollziehbar ist, dass Prof. Dr. med. H._____ zwischenzeitlich von einem positiven Rheumafaktor ausging (AB 51/1; vgl. aber AB 65/6); dies wurde weder durch labortechnische Befunde untermauert noch sonstwie begründet. Wie dargelegt, gingen sämtliche übrigen Ärzte jeweils von fehlenden serologischen Hinweisen für eine entzündliche Erkrankung resp. von einem negativen Rheumafaktor aus (vgl. AB 22/2, 25/1, 44/1, 44/6, 51/7, 54.1/14; vgl. aber AB 65/22). So war denn auch das Blutbild anlässlich der in der MEDAS durchgeführten Laboruntersuchung normal; insbesondere waren keine Entzündungszeichen (CRP) feststellbar (AB 54.1/13, Ziff. 4.2.4).

Wie der RAD-Arzt Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in der Stellungnahme vom 16. November 2017 (AB 70) zu Recht darlegte, vermögen die Einwände von Prof. Dr. med. H._____ die Schlussfolgerungen in der MEDAS-Expertise nicht zu widerlegen. Dass der RAD allein zu den mit dem Einwand gegen den Vorbescheid eingereichten medizinischen Unterlagen (AB 65), nicht jedoch zu dem nach der internen Zuweisung (AB 68) eingereichten MRT-Befundbericht (AB 69/3) Stellung genommen hat (AB 70), schadet – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 6) – nicht. Denn abgesehen von der leichten Entzündung der Gelenkschleimhaut im mittleren Zeigefingergelenk (leichte Synovialitis im PIP II) und im Carpus, was aufgrund einer geringfügigen Anreicherung von Kontrastmittel (leichtes synoviales Enhancement) diagnostiziert wurde, konnten weder in den Gelenken noch in den Kochen, Muskeln, Sehnen oder Nerven pathologischen Veränderungen festgestellt werden. Vielmehr

waren sämtliche übrigen Befunde unauffällig. Verneint wurden insbesondere ossäre Destruktionen, eine Arthrose und eine Tendinitis oder Tendovaginitis (vgl. AB 69/3). Dass bzw. inwiefern die leichten Entzündungen in einzelnen Gelenken eine dauerhafte und massgebliche Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu begründen vermöchten, geht aus den zitierten Arztberichten nicht hervor. Damit ist der MR-Befundbericht vom 20. September 2017 nicht geeignet, die Schlussfolgerungen in der MEDAS-Expertise in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.2 hiervor).

Soweit Prof. Dr. H. _____ in seiner jüngsten Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 (BB 11) mit der Verdachtsdiagnose einer Frühform einer rheumatoiden Arthritis (vgl. BB 10) nun ein somatisch relevantes Korrelat für die Schmerzsymptomatik gefunden zu haben glaubt, ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin die vorliegend zu beurteilenden Beschwerden bereits seit 10 bis 15 Jahren beklagt (vgl. BB 12), was mit einer „Frühform“ einer Arthritis nicht in Übereinstimmung zu bringen ist. Im Rahmen der Beweiswürdigung ist hier auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass von unterschiedlichen Krankheitsbegriffen ausgegangen wird. Das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell – von welchem offensichtlich auch der Psychosomatiker (vgl. BB 11) Prof. Dr. med. H. _____ ausgeht – ist weiter gefasst als der hier massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299).

Was schliesslich die am 6. März 2018 zugegangene „Patientenaufklärung“ (BB 12) resp. die für den 9. Mai 2018 geplante Schulteroperation anbelangt (vgl. Eingabe vom 5. März 2018), ist festzustellen, dass die entsprechenden – nach Erlass der Verfügung verfassten – Arztberichte keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben. Denn im Verfügungszeitpunkt waren Schulterprobleme noch nicht wieder (dazu vgl. AB 51/6) aktuell (AB 54.1/10). Die fraglichen Unterlagen haben wegen des zeitlichen Überprüfungszeitraums des Gerichts im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt zu bleiben (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4; vgl. auch BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

3.5 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf die voll beweiskräftige MEDAS-Expertise (AB 54.1) erstellt, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, womit es von vornherein an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Die unlängst erfolgte Praxisänderung betreffend psychische Gesundheitsschäden (BGer 8C_130/2017 [vgl. E. 2.2 hiervor]) wirkt sich in der vorliegenden Konstellation nicht aus, denn angesichts der aus medizinischer Sicht fehlenden Arbeitsunfähigkeit erübrigt sich eine sog. Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGer 8C_130/2017, E. 7.1 und 8.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Die Verfügung vom 23. November 2017 (AB 72) ist nicht zu beanstanden bzw. die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Ebenso hat die Beschwerdegegnerin – trotz ihres Obsiegens – keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG; vgl. auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingabe vom 22. Februar 2018 sowie Kopie der Eingabe vom 5. März 2018)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.